N° 4.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1877 — **THÈSE** — N° 489

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 10 octobre 1877, à 1 h.

PAR JULES-ALBERT BARONNET,

Né à Saint-Hilaire-le-Petit, le 11 Novembre 1852.

CAUSE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

D'OSTÉO-PÉRIOSTITE ALVÉOLO-DENTAIRE

DES JEUNES SUJETS

ET

CHUTE PRÉMATURÉE DES DENTS CONSÉCUTIVE

Président de la Thèse : M. GOSSELIN, *Professeur.*

Juges : MM. BALL, *Professeur.* RIGAL, FERNET, *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1877

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen .... M. VULPIAN.

Professeurs .... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PARROT
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	BALL
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le Baron J. CLOQUET et DUMAS

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	CHANTREUIL.	FERNET.	MARCHAND.
BERGER.	CHARPENTIER.	GAY.	MONOD.
BERGERON.	DELENS.	GRANCHER.	OLLIVIER.
BOUCHARD.	DIEULAFOY.	HAYEM.	POZZI.
BOUCHARDAT.	DUGUET.	DE LANNESSAN.	RIGAL.
BOURGOIN.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
CADIAT	FARABEUF.	LEGROUX.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	N.
— de l'ophthalmologie	PANAS.
— des maladies des voies urinaires	N.
— de maladies syphilitiques	FOURNIER
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE

Le Secrétaire de la Faculté : PINET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émisse dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. GOSSELIN

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital de la Charité,
Membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur, etc.

A M. DESPRES.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE REIMS.

CAUSE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

D'OSTÉO-PÉRIOSTITE ALVÉOLO-DENTAIRE

DES JEUNES SUJETS

ET

CHUTE PRÉMATURÉE DES DENTS CONSÉCUTIVE

AVANT-PROPOS.

Durant notre année d'externat, à l'hôpital Cochin, dans ses consultations journalières de chirurgie, notre maître, M. le Dr Després attirait souvent l'attention de ses élèves sur un aspect particulier des gencives d'un certain nombre de personnes de 18 à 30 ans, caractérisé par un état saignant et fongueux marqué, surtout au niveau des incisives et des petites molaires, avec douleurs s'irradiant dans la mâchoire et tous les symptômes communs aux gingivites et aux périostites alvéolo-dentaires.

Ce phénomène apparaissant le plus souvent chez des sujets indemnes de toute affection diathésique appréciable, ayant toutes leurs dents, saines, mais serrées et parfois chevauchant les unes sur les au-

tres, coïncidait avec l'époque d'apparition des dents de sagesse.

La cause invoquée par M. Després, paraissant due à un défaut de proportion entre le volume des dents et celui des mâchoires, et semblant agir par compression et serrement des dents les unes contre les autres et contre la gencive et le périoste dentaire, nous parut si rationnelle et si séduisante que nous résolûmes de chercher et de publier un certain nombre d'observations à l'appui de cette opinion et d'en faire le sujet de nôtre thèse. Elles sont toutes personnelles et sont annoncées, dans les leçons de chirurgie journalière et de clinique chirurgicale du Dr A. Després, au chapitre de la chute prématurée des dents saines. Qu'il nous soit permis de lui témoigner notre recônnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et les indications qu'il a bien voulu nous fournir dans le soin de ce travail; remercions aussi M. le professeur Gosselin qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS SUR L'ANATOMIE DES DENTS ET LEUR ÉRUPTION.

Avant d'aborder l'étude des faits qui font l'objet de ce travail et d'en exposer la discussion, il nous

semble indispensable de rappeler à grands traits quelques notions d'anatomie régionale et de physiologie dentaire.

Deux arcades superposées, de forme parabolique, présentant chacune une série de dents, implantées dans un nombre égal d'alvéoles, constituent les mâchoires. Chaque arcade présente une courbe régulière et non interrompue; la mâchoire inférieure toutefois est un peu déprimée en avant, ce qui explique la prédominance des incisives supérieures sur les incisives inférieures; tandis que les premières sont perpendiculaires à leur surface d'implantation, les secondes au contraire, comme les dernières molaires de la mâchoire inférieure, sont légèrement déjetées en dedans et sur la ligne médiane. Au point de vue de la forme et de la disposition, l'arcade dentaire donne lieu à d'intéressantes déductions ethnologiques, applicables à la pathologie dans certains cas. Les différentes races et souvent les individus de même race présentent sous le rapport du volume et de la conformation, surtout du maxillaire inférieur, des particularités fort intéressantes, qui nous serviront ultérieurement.

Tandis que rien ne paraît s'opposer au développement des dents en arrière, aux deux extrémités de l'arcade dentaire supérieure, à la mâchoire inférieure, au contraire, cette arcade est limitée par la présence de l'apophyse coronoïde. Les deux bords, postérieur et inférieur du maxillaire se rencontrent pour constituer l'angle de la mâchoire, dont l'ou-

verture variable de 120° à 150° chez le fœtus ou l'enfant qui n'a pas encore de dents, est en moyenne de 120° chez l'adulte. On comprend qu'il y ait un rapport assez intime entre le degré d'ouverture de cet angle et le degré de facilité d'éruption des dents de sagesse inférieures, qui restent le plus souvent incluses, quand l'angle est à peu près droit ou tend à devenir aigu. Dans les races inférieures et chez le nègre en particulier, où cet angle est souvent obtus, l'éruption de la dent de sagesse passe inaperçue et la dentition s'accompagne le plus souvent de dents surnuméraires.

Les dents, au nombre de 16 pour chaque mâchoire chez l'adulte, sont implantées par leurs racines dans de petites cavités appelées alvéoles; en s'insinuant entre la racine de chaque dent et la paroi alvéolaire, la muqueuse gingivale contribue à leur union. Les alvéoles sont les réceptacles des racines des dents. Chaque racine y est implantée comme les poils, les plumes dans leurs gaines, ou la corolle d'une fleur dans le calice. Ils sont simples en avant, au niveau des incisives, cloisonnés sur les côtés et en arrière, au niveau des molaires, percés à leur sommet pour donner passage aux vaisseaux et aux nerfs, séparés l'un de l'autre par une cloison osseuse, appelée procès alvéolaire, d'épaisseur variable.

Voyons maintenant le mode de formation et d'apparition des dents de la première et de la seconde dentition. C'est du 56ᵉ au 60ᵉ jour après la concep-

tion pour la mâchoire inférieure, vers le 56e jour pour la mâchoire supérieure, qu'apparaissent les premiers follicules dentaires. A cette époque, le maxillaire inférieur en grande partie ossifié, présente dans son bord supérieur une gouttière, qui simple d'abord, se divise plus tard en petites loges ou alvéoles par formation de cloisons osseuses complètes. Dans cette gouttière, au fond de chaque alvéole, et dans une couche de tissu mou, émané de la muqueuse buccale naissent les follicules dentaires, ou germe des dents futures. Le nombre des follicules de la première dentition est complet pour les deux mâchoires vers le 80e jour. Plus tard, un peu avant ou après la naissance, au-dessous des premiers se forment d'autres follicules qui sont ceux des dents de remplacement, dites permanentes.

A l'époque de la naissance, toutes les dents sont encore contenues dans les alvéoles, mais n'en atteignent pas le fond. Ce n'est que quand leur développement est arrêté de ce côté qu'il continue à s'effectuer vers la gencive qui s'amincit, se perfore et livre passage à la couronne. La première dentition se compose de 20 dents, elle s'achève vers le 40e mois de l'existence. A cette période correspond l'évolution des germes ou follicules de la deuxième dentition. D'abord contenus dans les mêmes alvéoles que les dents temporaires, ce n'est qu'après un certain laps de temps qu'ils en sont peu à peu séparés par la formation d'une nouvelle cloison

osseuse, qui du fond de l'alvéole monte vers la base.

A mesure que les follicules nouveaux se développent, et que leur vascularité augmente, ceux des dents temporaires s'atrophient, et tant que le développement des dents permanentes peut s'effectuer vers le fond de l'alvéole, les dents temporaires ne sont nullement ébranlées. Mais arrive le moment où ce développement, arrêté au fond de l'alvéole se fait vers l'orifice; l'alvéole qui contient les germes en voie d'évolution s'agrandit dans tous les sens aux dépens de l'alvéole de la dent de lait correspondante.

Celui-ci comprimé, s'use et se détruit du sommet vers l'orifice de la cavité, par l'envahissement progressif de la dent définitive. A dater de ce moment, toutes les dents de lait deviennent le siége d'un remarquable travail de résorption et leurs racines finissent par disparaître molécule par molécule, jusqu'à ce que la couronne, ébranlée dans sa base, tombe d'elle-même ou sous le moindre effort. C'est alors que la couronne de la dent permanente, continuant son ascension, finit par émerger au-dessus de la gencive jusqu'à son complet développement. Mais un fait important à signaler, c'est qu'après leur éruption, les dents permanentes continuent à s'accroître, soit de dehors en dedans aux dépens de leur cavité centrale qui diminue, soit de dedans en dehors par addition de nouvelles couches de cément sur la racine.

Les dents de sagesse inférieures, dont l'évolution est souvent difficile en raison de la disposition anatomique de la mâchoire, naissent aux dépens d'un cordon épithélial venu de la molaire précédente. C'est à son emprisonnement dans un espace restreint, entre la deuxième grosse molaire et la branche montante du maxillaire qu'est due la lenteur de son développement qui se fait ordinairement de 18 à 25 ans.

Le développement physiologique des os maxillaires offre aussi un grand intérêt pour la connaissance et la discussion des faits que nous allons soutenir dans cette thèse. La mâchoire inférieure convient surtout à cette étude. On remarque une différence frappante entre les mâchoires d'un enfant et celles d'un adulte à la simple vue. L'une forme un demi-cercle, l'autre s'allonge en demi-ellipse. Cela prouve évidemment que les parties de la mâchoire qui reçoivent le plus de développement sont comprises entre les deuxièmes petites molaires et l'apophyse coronoïde. Ce sont ces parties qui sont destinées à recevoir les dents permanentes. De ce prolongement elliptique de la mâchoire, résulte un grand changement dans la forme de la face. Chez les enfants, elle est ronde, chez l'adulte, elle a pris plus de saillie, les joues sont aplaties, le menton s'allonge.

Chez les enfants, les mâchoires croissent dans toutes leurs parties jusqu'à l'âge de 12 mois environ, mais vers la troisième année, quand toutes les

dents temporaires ont paru, elles commencent à perdre de leur rondeur et à s'allonger un peu. Cette extension a lieu entre les dernières molaires et les apophyses coronoïdes d'une manière plus marquée. C'est au fur et à mesure du développement en longueur des branches de la mâchoire que les dents permanentes, viennent occuper leur place définitive. A 7 ou 8 ans, la mâchoire étant plus étendue, il y a sortie de la première grosse molaire De 11 à 12 ans, sortie de la deuxième grosse molaire. A 18 ans, quand la mâchoire a acquis son extension définitive, la troisième grosse molaire ou dent de sagesse commence à évoluer. On comprend d'après l'exposé de ce mécanisme qu'il puisse y avoir après la succession de ces divers phénomènes, différence de rapports entre la longueur définitive des branches de la mâchoire et le volume des dents qui viennent s'y implanter, d'où accidents et désordres qui peuvent avoir pour résultat la compression et l'inflammation des parties molles du voisinage, quelquefois le chevauchement des dents les unes sur les autres et à la longue, l'usure et la disparition du périoste alvéolo-dentaire. Telle peut être l'origine d'une périostite alvéolo-dentaire, que nous rapportons ainsi à une cause physiologique.

Du périoste alvéolo-dentaire.

Les dents permanentes, une fois développées, sont fixées et maintenues dans leurs alvéoles par l'inter-

position d'une membrane fibro-vasculaire désignée sous le nom de périoste alvéolo-dentaire. Dépendance de la muqueuse gingivale dont il est la continuation, au niveau du collet des dents, il se trouve placé entre deux surfaces dures, la paroi osseuse de l'alvéole d'un côté et le cément de l'autre, plus dur lui-même que le tissu osseux et qui recouvre la racine de chaque dent. Cette situation, en le soumettant à des pressions constantes, par suite du manque de fixité absolue des dents, l'expose à de nombreuses altérations pathologiques, pouvant amener sa destruction complète. Son épaisseur va en diminuant du collet vers la racine de la dent; il est aussi beaucoup plus épais autour des molaires qu'au niveau des incisives, ce qui explique le plus de gravité de la périostite des grosses dents. Nous n'entrerons pas dans les détails histologiques de sa structure ; bornons-nous à dire que son rôle physiologique se résume en la nutrition des procès alvéolaires en la formation et le renouvellemant des éléments constitutifs de la dent.

CHAPITRE II.

DES CAUSES DE LA MALADIE APPELÉE PÉRIOSTITE ALVÉOLO-DENTAIRE OU OSTÉO-PÉRIOSTITE ALVÉOLAIRE, D'APRÈS LES AUTEURS ANCIENS ET MODERNES. — SES SYMPTÔMES, SES CAUSES.

La connaissance des quelques faits physiologiques que nous venons de relater, allongement des mâ-

choires dans le sens antéro-postérieur, à partir de l'âge de trois ans; évolution des molaires, accroissement de leur racine après le développement de la couronne, disproportion qui peut exister entre le volume des dents définitives et l'étendue des branches des mâchoires suffit amplement pour expliquer ce phénomène de dents serrées sur les mâchoires trop courtes ; d'où possibilité de compression du périoste alvéolo-dentaire et périostites consécutives. Quand Velpeau disait que les maladies des dents sont l'origine de presque toutes les affections des mâchoires, il avait sans doute en vue les maladies du périoste et, parmi elles, l'inflammation de cette membrane, la plus fréquente de toutes. C'est cette maladie qu'on trouve décrite dans les auteurs classiques, par Toirac, sous le nom de *pyorrhée alvéolo-dentaire*, par Marchal de Calvi, sous le nom de *gingivite expulsive*. Pour lui, c'est le tissu gingival qui est le point de départ. Jourdain lui donne le nom de *suppuration conjointe des alvéoles et des gencives*. Il admet que la lésion a pour siége simultané le tissu gingival et l'alvéole proprement dit. C'est le scorbut qu'il fait intervenir le plus souvent comme cause de cette affection. Il conseille l'ablation des dents malades. Là se bornent toutes ses recherches.

Pour Fauchard, la cause était toujours locale; l'état général n'était pour rien dans l'apparition de cette maladie. On le voit, la confusion a régné longtemps sur l'étiologie de cette affection à cause de l'obscurité de son origine, de la diversité des

symptômes, de sa durée et de son mode de terminaison, suivant qu'elle revêt la forme aiguë ou chronique. Nous ne nous arrêterons pas à faire longuement la description de la périostite alvéolo-dentaire aiguë qu'on trouve dans les ouvrages classiques. Bornons-nous à dire que M. Magitot a décrit sous le nom d'*ostéo-périostite alvéolo-dentaire*, une forme de périostite à marche essentiellement chronique atteignant à la fois le périoste et la paroi alvéolaire. Il ne nous a pas été donné d'en suivre la marche dans les observations que nous rapportons ; mais c'est cette forme chronique qui, dans ces cas, nous paraît la plus fréquente. Tel n'est pas l'avis de M. Magitot qui n'admet pas cette forme de périostite chez les jeunes sujets, ni à un âge avancé. Pour lui, c'est de 30 à 50 ans qu'on l'observe le plus souvent, et c'est dans l'état général, une affection diathésique quelconque qu'elle puise son origine. Nous n'irons pas à l'encontre de l'opinion du célèbre chirurgien basée sur de sérieuses recherches et de nombreuses observations ; il peut avoir raison ; son expérience et son savoir dans les maladies dentaires sont incontestables ; nous ne pouvons engager une polémique où nos connaissances en chirurgie dentaire sont bien insuffisantes ; mais nous laissons à M. Després le soin de soutenir la discussion et de résoudre la question, quand il le jugera à propos.

Selon M. Magitot, cette affection est caractérisée par une destruction lente et progressive du périoste et de la couche de cément sous-jacente, de nature

inflammatoire, chronique, procédant du sommet au collet de la dent et entraînant la chute de ces organes. Sans que les dents présentent aucune altération spéciale de leur substance, elles s'ébranlent et finissent par tomber prématurément au grand étonnement de la plupart des médecins qui s'occupent de maladies des dents. C'est par suite de la progression lente de la maladie et de sa cause toujours persistante que la gencive et les bords alvéolaires, frappés dans leur vitalité et leurs fonctions, éprouvent des altérations de voisinage caractérisées par des phénomènes inflammatoires à marche chronique, tels que : l'injection, l'épaisissement et ensuite la fonte du périoste, Tandis que la périostite, franchement aiguë, s'accompagne d'une suppuration plus ou moins abondante, l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire n'offre que peu ou pas de pus à la pression du doigt, au niveau du collet de la dent.

Oudet et Toirac ont remarqué que les incisives inférieures sont plus particulièrement et simultanément le siége de cette affection et qu'elle débute presque toujours à leur niveau. Ce début peut paraître expliqué par la disposition anatomique, même de la mâchoire dont le maximum de courbure siége au niveau des incisives. C'est en ce point que la tension semble le plus s'exercer dans les cas de de compression d'arrière en avant, sur toute la série des dents.

Parmi les causes invoquées de la périostite alvéolo-dentaire, en général, on a signalé des causes

locales et des causes générales. Le froid, l'humidité, les traumatismes, certaines professions, la carie, le tartre, appartiennent aux premières. Les causes générales les plus fréquentes sont : le scorbut, le diabète, les fièvres éruptives, la goutte, l'albuminurie, l'anémie, etc. Et c'est presque toujours une de ces causes générales qui détermine l'ostéo-périostite alvéolaire de M. Magitot.

Mais il arrive maintes fois qu'on ne trouve ni dans les causes locales, ni dans l'état général, l'explication de la périostite ; on a l'habitude de dire qu'elle est *spontanée*. C'est dans ces cas, surtout, si la maladie coïncide avec l'apparition des dents de sagesse qu'en se rendant compte du nombre, de la disposition et du volume des dents, on trouve qu'elles sont serrées, chevauchent les unes sur les autres et paraissent saillir des alvéoles. Et s'il existe un vide laissé par la chute d'une ou plusieurs dents, on voit les dents voisines s'infléchir pour le combler. Les gencives sont rouges, boursouflées, remontent fort haut dans les interstices, et les malades tourmentés par une sensation éminemment désagréable d'allongement des dents éprouvent tous les symptômes de la périostite dentaire en général. Pourquoi refuserait-on d'admettre dans cette disposition des dents par rapport aux mâchoires, sous l'influence de la compression permanente, une cause suffisante d'inflammation du périoste, surtout quand les dents de sagesse effectuent concurremment leur évolution,

et augmentent ainsi la compression d'arrière en avant sur toute la longueur du maxillaire.

Examinons maintenant les faits, et de leur discussion voyons ce que nous devons tirer pour établir solidement la théorie que nous soutenons. Mais, remarquons tout d'abord le peu d'accord qui existe entre les médecins qui ont cherché les causes des périostites dentaires. Cette diversité des opinions n'est-elle pas la preuve que la véritable cause de ce mal chez les jeunes sujets en dehors de toute diathèse n'a pas été trouvée?

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS ET DISCUSSION.

Voici les faits tels qu'ils se sont présentés à l'observation de M. Després et qu'il a exposés dans sa clinique chirurgicale. Après avoir souffert dix-huit ans d'une périostite alvéolaire pour laquelle il avait consulté les meilleurs chirurgiens et dentistes, sans guérison définitive, il a pu se rendre compte de son origine, de sa nature et du meilleur traitement à lui opposer. La cause de cette affection, avons-nous dit, peut être physiologique, due à l'influence de la compression des racines sur le périoste ; le traitement le plus rationnel est chirurgical ; il consiste dans l'ablation d'une ou plusieurs dents ; nous avons

pu en avoir l'application et en apprécier l'heureux résultat dans l'observation IV. Les malades, au début d'une affection aux allures insignifiantes, acceptent difficilement d'emblée un moyen dont ils ne voient que le côté cruel. Ne sait-on pas cependant que dans certains cas d'implantation vicieuse des dents, on ne peut être à l'abri de ces accidents de périostite qu'autant que le départ d'une ou plusieurs dents anormalement disposées, permet le desserrement des autres, et l'ablation de ces dents n'est-elle pas le traitement généralement employé.

Voici comment s'exprime M. Després dans son Traité :

« Il existe chez les malades âgés de 18 à 25 ans, qui viennent à nos consultations, dans les proportions de 1 sur 5, et qui prennent une consultation pour un mal quelconque, un état des gencives tout particulier que l'on appelait autrefois banalement le scorbut des gencives. Les malades n'en souffrent pas outre mesure et s'en préoccupent peu ; mais de temps en temps leurs gencives saignent, sont douloureuses, et lorsqu'ils viennent nous demander une guérison, il est généralement trop tard.

« L'examen des gencives apprend que celles-ci sont bordées par un bourrelet rouge vineux qui remonte un peu sur la couronne des dents, que celles-ci présentent un liseré brun.

« Quelquefois, entre les incisives, les gencives remontent assez haut en apparence, et la dent correspondante est néanmoins déchaussée.

« Le plus ordinairement, cet état des gencives est limité à la portion antérieure des mâchoires, c'est-à-dire à la région des incisives. Quelquefois le mal débute au niveau des petites molaires.

« Généralement le mal existe d'abord à la mâchoire inférieure, mais il se présente aussi quelquefois d'emblée à la mâchoire supérieure.

« Cet état est le début de la pyorrhée alvéolo-dentaire ou ostéo-périostite alvéolo-dentaire, qui est aujourd'hui décrite par la plupart des chirurgiens et des dentistes. »

Suit son observation personnelle dont nous donnons ici le résumé.

Observation I.

Résumé de l'observation de M. Desprès dans son Traité de chirurgie journalière.

A l'âge de 17 ans, deux canines de la première dentition, en haut et en bas, à gauche, persistaient encore, et cependant les dents de sagesse commençaient à pousser. A 18 ans, éruption de la dent de sagesse supérieure gauche.

A 19 ans, apparition de la dent de sagesse supérieure droite. A 20 ans, éruption de la dent de sagesse inférieure gauche. A 21 ans, issue de la dent de sagesse inférieure droite. L'éruption des deux dents de sagesse de la mâchoire inférieure était accompagnée de douleurs vives et prolongées. Cet état douloureux avait duré cinq mois. A ce moment, commença la gingivite, au niveau des incisives inférieures, et des petites molaires supérieures gauches. Les incisives supérieures droites se prirent ensuite.

De 1855 à 1857, toutes les 32 dents saines étaient poussées et normalement développées.

Le 25 avril 1857, la gingivite acquit son maximum d'intensité; toutes les dents étaient douloureuses ; il semblait qu'il y eut un corps étranger entre chaque dent. Entre les gencives, les incisives et les petites molaires inférieures gauches, la pression faisait sortir du muco-pus en petite quantité, et les couronnes de ces dents

étaient bordées à leur base de liseré gris. Divers traitements furent faits successivement pendant deux ans ; les dents continuèrent à se déchausser et deux ans plus tard, la première petite molaire supérieure gauche, et la deuxième incisive inférieure gauche étaent absolument ébranlées (remarquez du côté où avaient paru les deux premières dents de sagesse, inférieure et supérieure gauche et du côté où avait eu lieu une première fluxion, suivie de périostite).

En 1862, abcès sur la gencive, au niveau de la deuxième petite molaire supérieure gauche; abcès de la gencive, au niveau de la deuxième incisive inférieure. Déchaussement complet de la petite molaire supérieure; avulsion; trois mois après, avulsion de la deuxième incisive inférieure.

A ce moment, la dent de sagesse inférieure droite, la dernière sortie, est légèrement cariée. Avulsion immédiate. De 1865 à 1868, fluxions et abcès successifs au niveau des incisives supérieures droites et de la canine ; avulsion de ces dents. A ce moment, la dent de sagesse supérieure droite se gâte. Avulsion de cette dent.

De 1869 à 1876, avulsion de la première incisive inférieure gauche, des deux incisives supérieures gauches, etc.

Voici maintenant les phénomènes très-instructifs qui se sont passés, toutes les dents de la mâchoire inférieure se sont resserrées, au point que la canine inférieure gauche touche la première incisive inférieure droite. La place laissée par la chute des deux incisives inférieures est entièrement comblée. Les dents de la mâchoire inférieure droite, intactes, sont toutes conservées et solides, et il est à noter que c'est de ce côté que la dent de sagesse est poussée la dernière et est tombée la première. On a pu considérer sa chute comme une circonstance heureuse qui a empêché le serrement des dents sur cette branche de la mâchoire.

Jamais de voyages en mer, jamais de médications mercurielles, arsenicales ou phosphorées n'ont été faits ou subis. Quelques veilles, l'usage de la cigarette, un travail assidu de 20 à 28 ans. Voilà tout ce qu'on peut imaginer comme cause de ce mal. Mais que d'hommes ont été dans des conditions semblables et n'ont point perdu leurs dents.

Observation II.

M. L..., 26 ans, présente une mâchoire inférieure de dimensions moyennes. Il n'a jamais souffert des dents dans son enfance. L'arcade dentaire supérieure est complète ; les dents de sagesse de cette mâchoire ont poussé sans douleurs ; le reste des autres dents est légèrement espacé ; les incisives ne se touchent pas. Mais on

est frappé du volume des molaires à la mâchoire inférieure; la première grosse molaire gauche seule manque, toutes les dents de cette mâchoire sont serrées, mais ne chevauchent pas les unes sur les autres. Voici les particularités intéressantes de l'évolution des dents de sagesse inférieures. A 17 ans, évolution presque simultanée et pénible de ces deux dents; pendant quelque temps, M. L... éprouve des douleurs sourdes, lancinantes parfois, s'irradiant dans toute l'étendue de la mâchoire; la tension est surtout marquée au niveau des incisives, bien que la gencive en ce point ne soit pas trop douloureuse. Sensation d'allongement des dents au voisinage des dernières molaires; besoin incessant de passer l'ongle ou le cure-dent dans les interstices; presque à la même époque, la première grosse molaire inférieure gauche commence à se gâter.

M. L..., lui attribuant la cause des souffrances qu'il en dure, la fait enlever. Les douleurs et les phénomènes inflammatoires disparaissent comme par enchantement, et les dents de sagesse achèvent leur évolution avec la plus grande facilité.

En résumé, 16 dents à la mâchoire supérieure, bien saines, pas trop serrées, se touchant à peine au niveau des incisives. 15 dents à la mâchoire inférieure, de volume plus considérable, fort serrées, mais sans chevauchement. Il y a absence de la première grosse molaire inférieure gauche; depuis son avulsion, l'espace qu'elle occupait s'est considérablement rétréci, les dents voisines paraissent s'être rapprochées. De plus, la deuxième grosse molaire qui précède la dent de sagesse de ce côté a subi un mouvement de rotation autour de son axe transversal, d'arrière en avant, de telle sorte que la face supérieure de sa couronne regarde en avant et en bas, et forme avec la face supérieure de la dent voisine un plan incliné dirigé d'arrière en avant et de haut en bas.

Cette observation est bien concluante. A la mâchoire supérieure où les 14 dents, de volume moyen, ont une place suffisante à leur développement, la gencive et le périoste alvéolaire, à l'abri de toute compression des racines ou des couronnes à leur collet, conservent leur integrité et ne sont pas sensibles ni douloureux au toucher; à la mâchoire inférieure, au contraire, limitée en arrière par l'apophyse coronoïde, l'espace paraît insuffisant, eu égard

au volume et au nombre des seize dents normales, les dents de sagesse sont gênées dans leur évolution ; le bourrelet gingival ne tarde pas à apparaître au collet des incisives et des petites molaires, et les premiers symptômes de périostite alvéolo-dentaire se manifestent. L'avulsion de la première grosse molaire met fin à ces accidents, et l'espace laissé vide finit par diminuer, ce qui prouve la possibilité d'un léger mouvement de translation des dents voisines ayant pour résultat d'amener le desserrement total des dents. Comment rattacher à une autre cause qu'à la compression ces phénomènes inflammatoires du début existant à la mâchoire inférieure seulement.

Observation III (inédite).

Evolution difficile des dents de sagesse à la mâchoire inférieure. Symptômes de périostite alvéolo-dentaire au début généralisée, mais plus marquée au niveau des incisives.

M. P..., 25 ans, étudiant en médecine, présente une mâchoire inférieure manifestement courte ; nous n'avons pu en prendre une mensuration exacte à cause d'une barbe abondante qui garnit le menton. Mais le diamètre antéro-postérieur paraît être certainement au-dessous de la moyenne. Rien de particulier à la mâchoire supérieure.

A la mâchoire inférieure, on trouve 16 dents, de grosseur moyenne, mais très-sensiblement serrées. Il y a un léger chevauchement au niveau des incisives, mais antérieur à l'évolution des des dents de sagesse.

Les gencives, au collet des incisives, sont rouges ; elles saignent facilement au moindre contact. M. P... attribuait à l'existence du tartre ce liseré qui continue à persister malgré des soins répétés et des lavages avec des poudres et eaux dentifrices. L'évolution des dents de sagesse a été pénible à la mâchoire inférieure et s'est accompagnée d'accidents notables ; forte fluxion au niveau de la région parotidienne gauche avec tension de la face de ce côté ;

hémicrânie gravative intense, et dans la bouche, tout à fait à l'extrémité gauche de l'arcade dentaire, sensation d'un corps étranger interposé entre la joue et la gencive. Difficulté à ouvrir la bouche et à y introduire même une petite cuiller à café. Mastication impossible, usage d'aliments presque liquides. Quelques symptômes généraux peu intenses; fièvre avec légers frissons. Au bout de quelque temps, tous les symptômes, tant locaux que généraux finissent par s'amender, mais avec persistance au niveau des incisives, des canines et des petites molaires d'une sensation analogue à celle d'une fibrille de chair interposée entre deux dents, et d'un picotement incommode marqué surtout au niveau des canines et des incisives.

Les gencives continuent à être légèrement fongueuses et saignantes au moindre contact; et il est impossible d'invoquer une cause générale diathésique, telle que le scorbut pour l'explication de ces phénomènes. M. P... est vigoureux, d'une santé générale excellente et indemne de toute maladie. Comme dans l'observation précédente, ce qui prouve bien que cet état fongueux des gencives, symptômatique d'une périostite alvéolo-dentaire au début, ne peut être occasionnée que par la pression incessante des racines contre le périoste, c'est qu'à la mâchoire supérieure, où les dents sont assez espacées, ce phénomène n'existe pas; les dents de sagesse ont évolué sans aucune douleur et les gencives, au niveau des incisives et des canines sont roses, fermes et contrastent par leur apparence avec celles de la mâchoire inférieure.

Observation IV (inédite).

Nécrose de l'angle de la mâchoire consécutive à une périostite alvéolo-dentaire de la dent de sagesse inférieure gauche. Contracture persistante de la mâchoire. Formation d'abcès à l'angle du maxillaire. Ecoulement incessant de pus par une fistule ouverte au niveau de la dent. Guérison.

Mattucci (Henri), 17 ans, imprimeur, se présente le 6 février 1877 à la consultation de M. Després et demande son admission à l'hôpital pour le mal qu'il porte à la joue gauche et dont le début remonte à deux mois. Son attention fut éveillée à cette époque par un gonflement et une doulenr vive au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure gauche, accompagnée bientôt de contracture et de fluxions répétées. Le petit malade, craignant une intervention chirurgicale, laissa les choses aller de mal en pis; des abcès répétés survinrent, suivis de la formation d'une fistule à 2 centim. environ de l'angle de la mâchoire et donnant lieu à un écoulement

incessant de pus. Indépendamment de ces accidents locaux, le malade se plaint de douleurs vives suivant le trajet du nerf dentaire de même côté et s'arrêtant au niveau de la ligne médiane. Il éprouve incessamment la sensation de dents serrées, les incisives surtout du côté gauche lui paraissent allongées ; il y a un liseré gingival très-marqué au collet. Les boissons froides impressionnent très-désagréablement le malade. Ces phénomènes, à la partie antérieure de la mâchoire existaient déjà, mais d'une façon moins marquée avant l'apparition de la périostite au niveau de la dent de sagesse.

M. Després fait l'examen de la mâchoire du malade. Les quatre incisives inférieures sont très-serrées ainsi que toutes les dents de la branche gauche, c'est-à-dire sur tout le parcours de la mâchoire qui est le siége du gonflement et des douleurs périostaires. Rien d'analogue ne se passe à la branche droite où la dent de sagesse ne cherche pas encore à faire éruption. M. Després fait sur le champ l'avulsion difficile de la deuxième grosse molaire qui précède immédiatement la dent de sagesse, encore recouverte d'un bourrelet gingival et qui est cause de tous les accidents. Au bout de quelques jours, les symptômes ne tardèrent pas à s'apaiser ; le malade ouvrit la bouche facilement ; la fistule ne donnant plus issue au pus commença à se fermer et trois semaines après, le malade sortait guéri.

Dans la première quinzaine de juillet, cinq mois après cette petite opération, nous revîmes le malade. De grands changements s'étaient faits dans l'état de sa mâchoire. La fistule, complètement fermée, ne laissait plus qu'une légère cicatrice ; il y avait encore un peu d'épaisissement de l'os au niveau de la mâchoire ; mais le fait le plus remarquable, c'est que les incisives étaient manifestement moins serrées. Le malade l'avait fort bien remarqué et n'éprouvait plus cette sensation d'allongement et d'interposition de corps étranger, si agaçante auparavant, et les douleurs sur tout le trajet de la branche gauche du maxillaire avaient disparu. En même tems, l'espace laissé vide par l'avulsion de la deuxième grosse molaire était réduit à peine à quelques millimètres, et la dent de sagesse, dégagée des obstacles qui s'opposaient à son évolution s'épanouissait au fond de la bouche.

Cette observation présente cette particularité intéressante que les douleurs et les symptômes de la périostite paraissaient bornés à un seul côté de la mâchoire, et précisément à celui où la dent de sa-

gesse, comprimée dans un espace trop restreint, n'en continua pas moins son évolution en refoulant en avant et en arrière les obstacles qui s'opposent à sa libre sortie.

Observation V (inédite).

Chute d'une incisive et d'une grosse molaire avant l'évolution des dents de sagesse à la mâchoire iuférieure. Eruption facile de ces dernières sur une mâchoire courte. Pas de symptômes de périostite alvéolaire. Rapprochement ultérieur des dents; disparition des solutions de continuité.

Voici une observation concluante qui offre un bel exemple de rapprochement des dents après l'évolution des dents de sagesse. M. D..., étudiant en médecine, a une mâchoire inférieure petite. L'angle formé par le bord inférieur du maxillaire et son bord postérieur est presque droit. Du sommet de cet angle à la ligne médiane qui sépare les deux incisives moyennes, la ligne qui mesure l'étendue de la branche du maxillaire sur les parties molles est de 11 centimètres à peine. La mâchoire supérieure présente 14 dents ; rien de particulier à signaler.

La deuxième dentition était complète à la mâchoire inférieure à l'âge de 14 ans, c'est-à-dire qu'elle présentait la série des 14 dents permanentes. Vers cet âge, chute accidentelle d'une incisive; la disposition ne permet pas de préciser quelle est celle qui a disparu.

La solution de continuité n'existe plus. A 17 ans, la première grosse molaire droite commence à se carier; après quelques semaines de souffrances, M. D... la fait enlever. Et voici les faits intéressants qui se sont succédé depuis. Après la chute de cette incisive et de la première grosse molaire droite, les dents de sagesse ont évolué sans difficulté; elles se sont créé un espace suffisant aux dépens des deux solutions de continuité laissées par la chute des deux autres. Au premier abord, à l'examen de l'arcade dentaire, si on ne prête pas une attention soutenue, non-seulement on ne remarque aucun vide, mais on s'aperçoit difficilement de l'absence d'une incisive et d'une grosse molaire.

Les 3 incisives qui restent, disposées sur le même plan, se sont rapprochées, et paraissent comme enclavées entre les deux canines de chaque côté plus saillantes; les autres dents de l'arcade dentaire droite ont suivi le même mouvement de translation et

toutes les dents se sont ainsi rapprochées de façon à former une série bien régulière, qui ne fait nullement soupçonner l'absence des deux dents tombées avant l'apparition des dents de sagesse.

M. D. . a peu souffert du développement de ces dernières. Il est incontestable que la chute prématurée de ces deux dents, en faisant de la place aux dents de sagesse l'a mis à l'abris des accidents qui n'auraient sans doute pas manqué de se produire sur une mâchoire de dimensions courtes, dans le cas où l'évolution se serait faite. Ajoutons que M. D... n'a jamais eu de traces de gingivite, ni de périostite, ce qui ne fut pas arrivé si les dents de sagesse s'étaient développées sur une mâchoire aussi courte, avec des dents serrées.

Voyons maintenant ce qui découle des observations et des faits que nous venons d'exposer. Leur interprétation nous conduit à nous poser les questions suivantes et à les résoudre.

1° Pourquoi la périostite alvéolo-dentaire, quand elle existe, apparaît-elle de 18 à 25 ans sans cause diathésique connue?

2° Pourquoi débute-t-elle de préférence au niveau des incisives et des petites molaires?

3° Pourquoi existe-t-elle le plus souvent à la mâchoire inférieure ou atteint-elle son plus haut degré à cette mâchoire?

4° Pourquoi ne se rencontre-t-elle que chez des sujets jeunes, qui ont toutes leurs dents, saines, non cariées, mais les ont très-serrées et chevauchant un peu les unes sur les autres.

« A ces nombreux termes du problème, selon M. Després, correspond une solution unique. Il y a des disproportions individuelles ou ethnologiques entre le volume des dents et celui des maxillaires.

Il y a des mâchoires trop petites pour soutenir les seize dents normales au moment où elles atteignent leur complet développement. » Le fait est fréquent chez les individus de même race; comment expliquer autrement que par un manque d'espace les accidents causés par l'évolution difficile des dents de sagesse. Et ce qui prouve bien la vérité de cette assertion, c'est que ces accidents n'ont guère lieu qu'à la mâchoire inférieure, la dent de sagesse trouvant toujours une place suffisante à la mâchoire supérieure, tandis que l'apophyse coronoïde, limitant en arrière l'arcade dentaire inférieure, peut ne laisser entre elle et la couronne de la dent précédente qu'un trop faible espace pour la dent de sagesse, qui est toujours volumineuse. Si l'espace manque absolument, le germe contenu entre cette dernière molaire et la branche montante peut ne pas se développer et disparaître par résorption. Dans certains cas, il reste pour ainsi dire à l'état latent dans l'alvéole, jusqu'à ce qu'une cause favorable en active tôt ou tard le développement. C'est ce qui arrive quand une dent du voisinage vient à tomber. Il y a résorption des cloisons alvéolaires qui entouraient la racine; les racines des dents voisines se déplacent, se desserrent, et le germe de la dent de sagesse du même côté inclus jusqu'alors, recevant par le départ d'une dent précédente une nouvelle impulsion, se développe avec rapidité. La couronne apparaît alors et vient se placer en son lieu d'élection, après avoir refoulé toute la série des dents antérieures et comblé

l'espace laissé vide par la chute d'une ou plusieurs d'entre elles.

L'observation V nous offre un bel exemple de ce mécanisme; en raison de la brièveté des branches de la mâchoire, il est fort probable que les dents de sagesse n'auraient pas évolué s'il n'y avait pas eu, antérieurement à leur apparition, chute d'une incisive et de la première grosse molaire droite.

L'intervalle laissé par la chute de ces deux dents s'est bien vite comblé et l'apparition des deux dents de sagesse inférieures a fait disparaître la solution de continuité. Toutefois, au-delà de l'époque qui convient à l'évolution des dents de sagesse, c'est-à-dire au-delà de 30 ans en moyenne, quand même l'obstacle qui s'oppose à leur sortie viendrait à disparaître, le germe n'en resterait pas moins renfermé dans les profondeurs de l'alvéole; il n'est plus susceptible de développement au-delà d'un certain âge. C'est ce qui explique l'absence si fréquente de dents de sagesse chez les personnes à mâchoires courtes, qui n'ont pas encore perdu de dents ou les ont perdues au-delà de 30 ans.

Ces considérations font comprendre qu'il existe un rapport intime entre la longueur des branches de la mâchoire et le plus ou moins de facilité de sortie des dents de sagesse, selon le degré d'ouverture de l'angle.

1° Dans un premier degré, le diamètre antéro-postérieur de la mâchoire peut être au-dessous de la moyenne, et les branches, au lieu d'être ovalaires,

peuvent être directement obliques en avant, de façon à constituer des mentons pointus ou à exagérer cette difformité et amener l'atrésie des mâchoires. Dans ce cas, la deuxième grosse molaire peut venir buter contre la base de l'apophyse coronoïde, et non-seulement il ne reste pas le moindre espace pour la sortie de la dent de sagesse, mais toutes les autres dents, serrées les unes contre les autres, chevauchent en différents sens et n'offrent plus d'uniformité ni de symétrie dans leur arrangement. Que devient le follicule de la dent de sagesse dans ce cas? Il n'apparaît à aucune période de l'existence ou va sortir bien loin de son siége habituel, de façon à constituer une hétérotopie dentaire. Le plus souvent, le germe s'atrophie et disparaît par résorption.

2° Dans une deuxième degré, les branches sont plus longues et l'angle plus ouvert; il y a de l'espace, mais il est insuffisant; le germe peut néanmoins évoluer, et la dent, au fur et à mesure de son développement, ayant à lutter contre des parties trop résistantes, affecte des positions vicieuses et s'accompagne de toutes espèces de désordres : douleurs au fond de la bouche, à l'angle des mâchoires; périostites alvéolo-dentaires dues à la compression incessante du périoste entre la racine de la nouvelle dent et les parois osseuses voisines; ostéite du maxillaire, abcès et phlegmon de la région avec fistules consécutives. Il est d'autant plus important d'être prévenu de la possibilité de ces accidents que l'évolution difficile des dents de sagesse est un phéno-

mène fréquent, qu'on passe sous silence si on n'a pas soin d'examiner le fond de la bouche, si on ne s'enquiert pas de l'âge du sujet et si on méconnaît l'époque d'apparition des dents de sagesse. On s'expose ainsi à commettre des erreurs de diagnostic fort préjudiciables aux malades et à la réputation du médecin. C'est ainsi que nous avons été témoin d'une de ces erreurs de diagnostic qu'un chirurgien éminent s'est empressé de rectifier.

Observation VI (inédite).

Au mois de mai 1877, entrait dans le service de M. Richet à l'Hôtel-Dieu, salle sainte-Marthe, un homme de 36 ans, réducteur dans la statuaire, pour une fistule située à 1 centimètre au-dessus de l'angle de la mâchoire inférieure gauche donnant lieu à un écoulement de pus depuis six ans.

Immédiatement en avant de l'orifice de cette fistule se voyait encore une cicatrice résultant d'une blessure reçue par le malade dans les affaires de la commune.

C'est à peu près à l'époque même de cette blessure qu'il commença à éprouver des douleurs vives à l'extrémité de la branche gauche de la mâchoire inférieure, bientôt suivies de fluxions répétées, de formation d'abcès, et finalement d'une fistule qui ne s'était jamais fermée. Le malade avait consulté plusieurs médecins qui, en raison de la blessure reçue autrefois à ce niveau croyaient à l'existence d'une nécrose de la mâchoire, et à la formation de séquestres. M. Richet, s'aidant des commémoratifs du malade, et pensant à la possibilité d'accidents dus à l'évolution difficile d'une dent de sagesse, en raison de l'âge du malade, lui fait ouvrir la bouche, explore attentivement la région, autant que le permet le peu d'ouverture de la région buccale et sent l'extrémité d'un corps dur et pointu. Il n'y avait plus de doute, c'était la dent de sagesse, qui anormalement développée causait les accidents. Il en fit sur le champ l'extraction. La dent était profondément cariée, et implantée transversalement dans la mâchoire de telle sorte que le sommet de sa couronne, recouvert aux trois quarts par la gencive, regardait en dehors vers la joue. Le gonflement disparut rapidement; la contracture qui persistait depuis longtemps cessa, le malade put ouvrir la bouche à son aise et la fistule se ferma.

L'écoulement de pus n'a jamais reparu. Telle était ici l'importance d'un diagnostic exact que le malade eût pu être victime d'une nécrose de toute la branche de la mâchoire, tandis qu'une ablation immédiate le mit à l'abri des accidents.

Nous trouvons dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* pour l'année 1851 une observation d'une grande importance en raison de la nature des accidents qui y sont rapportés et de l'interprétation qu'en a donnée un chirurgien d'un grand mérite. Elle a trait directement à notre sujet. Cette observation fait apprécier la valeur d'un bon diagnostic et les conséquences fâcheuses d'un mauvais, quand le médecin, se conduisant en aveugle, veut intervenir malgré son incertitude.

Observation VII.

Evolution difficile de la deuxième dentition ; Céphalée persistante depuis dix ans et attribuée à une tumeur fibreuse de la dure-mère.

M. M... fut pris vers 10 ans de douleurs de tête vagues, passagères d'abord, et qui devinrent après plusieurs mois presque continuelles. C'était plutôt un malaise qu'une souffrance ; mais cet état pénible amenait le dégoût du travail et souvent aussi de tout amusement. Ces maux de tête revenaient irrégulièrement à toute heure du jour ; rien ne semblait avoir d'influence sur eux, excepté l'étude et la fatigue. Plusieurs médecins furent consultés, plusieurs traitements faits ; l'état du malade restait le même depuis deux ans.

La diagnostic porté avait été : tumeur fibreuse de la dure-mère.

Le malade finit par être envoyé près de Bertin de Rennes, dont la réputation était en grand rétentissement dans tout l'ouest de la France.

Bertin avait interrogé et examiné le malade avec le plus grand soin sans trouver la cause de cette céphalalgie, Quand il fit onvrir la bouche au malade, voici ce qu'il observa : « Les dents étaient mal rangées, leurs bords chevauchaient l'un sur l'autre ; de chaque côté et à chaque mâchoire, une dent était cariée. » C'étaient les quatre premières grosses molaires.

« Je ne serais pas étonné, dit Bertin, que les maux de tête de ce jeune homme ne vinssent d'une dentition difficile et de l'irritation produite par l'extrémité du nerf dentaire jusque sur l'encéphale.

« L'emplacment est trop petit pour les dents et leur resserrement en a fait éclater quatre, qui, ayant paru ensemble, se sont trouvées dans la même situation. J'engage donc à faire extraire ces quatre dents mauvaises avant de faire aucun traitement. »

L'avis de Bertin ne fut pas suivi. Le malade continua à souffrir plusieurs années. La carie augmenta ; il survint des névralgies dentaires. On fit extraire une des dents ; puis les autres tombaient par morceaux et ce ne fut que vers l'âge de 23 à 24 ans que les dernières racines furent extraites et que les maux de tête disparurent complètement.

Les dents s'étaient rapprochées au point de laisser à peine quelques vides ; et ce fut alors aussi qu'on aperçut la dent de sagesse située horizontalement. Il est important d'avoir présent à l'esprit les phénomènes physiologiques qui se passent ou doivent se passer à l'âge du malade qu'on observe.

Dans cette observation, les maux de tête coïncidaient avec l'époque de la deuxième dentition.

L'examen de la bouche peut éclairer. L'observation de Bertin, de Rennes, que la carie des quatre premières grosses molaires dépendait du défaut d'emplacement suffisant et de l'écrasement de ces dents était des plus judicieuses ; elle s'appuyait sur le chevauchement des autres dents.

M. Gosselin a l'habitude aussi de rattacher l'existence de ces névralgies dentaires persistantes, chez les jeunes sujets, à la difficulté de la deuxième dentition. Il est disposé à croire que la compression des racines dans les alvéoles intéresse aussi les nerfs dentaires et que cette influence se fait sentir jusque sur l'encéphale.

Observation VIII (extraite du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, rapportée par le Dr Désirabode).

Le fils d'un négociant de Bordeaux, âgé de 22 ans, ayant voulu se faire extraire la première grosse molaire droite, du bas, le dentiste la cassa tout juste au collet.

Deux ans après, un sentiment de tension se fit sentir non-seulement vers la racine, mais dans les parties environnantes et surtout en arrière et acquit en fort peu de temps un caractère inquiétant.

Ce jeune homme vint nous consulter et nous reconnûmes de suite à la déviation de la dent qui'était venue presque recouvrir la racine, que la dent de sagesse, gênée dans sa sortie, avait repoussé tout ce qui était au-devant d'elle, et que sous sa pression, la seconde grosse molaire avait été forcée de venir s'appuyer sur la racine qui la précédait, au point d'enfoncer celle-ci dans le tissu alvéolaire et de la rendre cause de douleurs incessantes que le malade éprouvait dans tout le côté correspondant de la mâchoire.

Ces nombreuses observations ne laissent plus aucun doute sur le déplacement des racines et sur un certain degré de translation dans toute l'étendue de la mâchoire. On conçoit parfaitement que de l'existence de ce fait purement physiologique, découlent d'intéressantes déductions au point de vue pathologique.

Signalons encore un fait d'une grande importance à cause des conséquences qu'il peut avoir. Il arrive parfois que des ulcérations au fond de la bouche et surtout à la face interne des joues, causées par le frottement incessant d'un des tubercules de la dent de sagesse déviée, dans les mouvements de mastication, ont été prises pour des ulcérations de nature syphilitique. On conçoit toute la gravité d'un pareil diagnostic. Nous avons été témoin d'un fait ana-

logue, l'été dernier, dans le service de M. Lailler, à Saint-Louis.

Une jeune fille de 19 ans, de belle apparence, de santé parfaite, était sur le point de se marier, quand des douleurs incessantes et une ulcération au fond de la bouche siégeant à la face interne de la joue gauche, la firent consulter un médecin. Celui-ci crut à une lésion de nature syphilitique. La maîtresse de la maison, où elle servait comme domestique, discrètement prévenue de la nature de la maladie et de la possibilité d'une contamination des membres de la famille, donna immédiatement congé à sa servante, qui vint consulter M. Lailler sur la nature du mal qui avait motivé son renvoi. Il reconnut une ulcération causée simplement par la dent de sagesse qui poussait transversalement et, après l'extraction, la plaie marcha vite à la guérison, et M. Lailler s'empressa de réhabiliter la jeune personne dans l'estime de sa maîtresse et de confirmer son innocence.

Toirac, dans son *Mémoire sur les déviations de la dernière molaire et les accidents qui accompagnent sa sortie*, signale un fait analogue. Un ancien officier d'artillerie, avait été pendant longtemps soumis à un traitement mercuriel qui avait fini par l'épuiser considérablement, pour une vaste ulcération qu'on croyait de nature syphilitique, et qui n'était due qu'à la présence d'une dent de sagesse poussant anor malement.

Nous n'en finirions pas, si nous voulions rapporter

tous les cas intéressants d'accidents dus à la dent de sagesse et d'erreurs auxquelles ils donnent souvent lieu. Ce serait trop nous écarter de notre sujet. Disons que dans ces cas où la dent de sagesse évolue malgré le peu d'espace qui lui est reservé, au lieu de prendre une direction verticale comme les autres dents, elle peut affecter quatre positions diflérentes qu'on a décrites sons le titre d'*Anomalies de direction* de la dent de sagesse, et qui sont : la déviation en avant, en arrière, en dedans et en dehors. Aussi, l'anomalie de direction est-elle presque exclusive aux races élevées qui ont normalement le maxillaire supérieur plus étendu que le maxillaire inférieur, tandis que dans les races inférieures, où le maxillaire inférieur domine l'anomalie par augmentation du nombre de dents est un phénomène des plus fréquents. Les exemples de dents de sagesse surnuméraires ne sont pas rares chez le nègre. Ce qui porte bien à croire que la direction et le volume des dents sont en rapport avec la place qui leur est réservée par la disposition et le siége anatomiques, suivant la longueur et l'étendue des branches de la mâchoire.

Nous possédons un maxillaire inférieur qui rend parfaitement compte des phénomènes anatomo pathologiques qui se passent dans l'épaisseur de ces os et dans toute la série alvéolaire, quand une dent de sagesse, en pleine évolution, est gênée dans son développement.

Ce maxillaire est manifestement petit. La longueur

des branches du sommet de l'angle, à la ligne médiane qui sépare les deux incisives, ne mesure que 9 centimètres. La dent de sagesse y est aux trois quarts sortie : son quart postérieur est encore recouvert par un pont osseux, elle paraît comme enclavée dans la base même de l'apophyse coronoïde. Les deux molaires qui la précèdent sont très-sensiblement inclinées en avant : elles ont légèrement tourné autour d'un axe transversal. Les procès alvéolaires qui les séparent ont suivi la même direction : au lieu d'être verticaux, ils sont obliques de haut en bas et d'avant en arrière. De plus, la cloison interalvéolaire qui sépare la dent de sagesse de la deuxième grosse molaire située immédiatement en avant d'elle est très-mince, d'un millimètre à peine et détruite dans son quart supérieur, tandis que les autres cloisons ont de 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Les faces des trois cloisons interalvéolaires, qui sont tournées du côté de la dent de sagesse et qui reçoivent tout le choc de la pression venant de cette dent, sont en voie manifeste de résorption, les canalicules osseux y sont très-nombreux et très-dilatés : ils offrent l'aspect d'une fine dentelle pointillée; tandis que les faces opposées à l'abri de la compression, restent lisses et intactes, et ne paraissent avoir subi qu'une très-légère déviation. On conçoit parfaitement aussi que ce travail dans la substance osseuse et la déviation des cloisons interalvéolaires n'aient pu se faire sans que le périoste éprouve de graves altérations et que son

inflammation due à la compression, ait déterminé de vives douleurs dans toute cette région et le voisinage.

3° Dans un troisième degré, les mâchoires sont fortes, extrêmement développées; non-seulement les 32 dents définitives y trouvent une place suffisante de leur développement, mais il est très-fréquent de rencontrer des dents surnuméraires et c'est un fait universellement observé et reconnu, que les individus qui ont les plus fortes mâchoires ont aussi les plus belles dents, et les conservent le plus longtemps. Dans ce cas, les branches de la mâchoire atteignent une longueur au-dessus de la moyenne, et l'angle peut avoir plus de 130°. Dans les races élevées ou le maxillaire supérieur est normalement plus étendu que le maxillaire inférieur, l'anomalie par augmentation du nombre des dents est assez fréquente en haut, rare en bas, et l'anomalie de diminution extrêmement fréquente en bas. Dans les races inférieures, où les proportions relatives au volume des maxillaires sont inverses, le rapport entre les anomalies de nombre en haut et en bas est également inverse. Du reste, l'anthropologie a trouvé dans cette différence de volume et d'étendue des maxillaires, un caractère constant et fondamental pour l'étude et la classification des différentes races qui ont peuplé et penplent encore le globe. Le *prognathisme alvéolo-dentaire* est caractérisé par la projection des dents en avant avec prédominance du diamètre antéro-postérieur sur le diamètre transverse;

la mâchoire revêt l'aspect d'un museau. C'est l'allongement et la proéminence des mâchoires et surtout de la mâchoire inférieure où les dents sont si belles, qui forme le trait principal de la physionomie de ces races répandues surtout en Asie et en Amérique. Tels sont les Tartares, Mongols, les Kalmoucks et les Malais en Asie, les Natchez, les Araucanes en Amérique. Et cet allongement des mâchoires avec de belles dents implantées est d'autant plus accusé qu'on descend dans les races tout à fait inférieures : comme les microcéphales, les singes, etc.

Qui de nous ne s'est amusé à contempler et parfois à envier les belles et solides dents de ces intéressants animaux cassant les noix les plus dures avec une prodigieuse facilité !

Dans les races élevées, au contraire, où l'orthognatisme alvéolo-dentaire domine, il y a verticalité et non obliquité des alvéoles et des dents, et au lieu d'être développé comme dans les races précédentes, le maxillaire inférieur peut affecter parfois une petitesse excessive et aller jusqu'à l'atrésie. Orthognathes sont surtout les peuples qui habitent l'Europe : les Lapons, les Slaves, les Turcs, les Russes, les Polonais, etc., etc.

Au point de vue physiologique, donc, les caractères du système dentaire, l'évolution des dents, surtout de la deuxième dentition et celles des dents de sagesse, subissent d'importantes modifications par le fait seul de la race, et du volume et de l'étendue des mâchoires. En thèse générale, les dents

sont plus belles, moins serrées, moins susceptibles de se carier chez les races prognathes; elles sont en moins grand nombre, plus mal implantées et tombent de meilleure heure chez les races orthognathes.

Le volume des dents en général comme celui des mâchoires est aussi plus considérable dans les races inférieures que dans les races blanches. Les canines et les molaires sont fortement développées chez le nègre, l'Australien, le Néo-Calédonien. De plus, elles vont en diminuant de volume, de la première grosse molaire à la troisième, dans les races élevées, tandis que la dernière est toujours la plus grosse dans les races inférieures, comme on le voit chez les singes anthropomorphes et est toujours pentacuspidée, au lieu de quatre tubercules seulement qu'offre toujours la couronne des autres grosses molaires.

Chez le nègre, l'éruption de la dent de sagesse normale est un peu précoce et passe souvent inaperçue. Plus tard, à l'époque habituelle de la dent de sagesse, on voit sortir une ou deux dents surnuméraires entre cette dernière et l'apophyse coronoïde, La longue étendue des branches de la mâchoire ayant laissé un vaste champ libre, les dents surnuméraires, dont le nombre est en rapport avec l'étendue de l'espace, poussent de chaque côté. Jamais on ne constate d'accidents de dents de sagesse chez le nègre, et les dents surnuméraires ne seraient cause de pareils accidents, en remplissant l'intervalle entre la dent de sagesse et l'apophyse, qu'au-

tant que leur volume serait supérieur à l'espace laissé. Ainsi donc, l'accroissement de nombre et de volume des dents est presque la règle dans les races inférieures, tandis que l'absence de dents de sagesse est un phénomène des plus communs dans les races élevées. Tomes va même jusqu'à dire que cette molaire s'en va disparaissant lentement, et que selon de fortes probabilités, son absence dans les races futures deviendra le fait normal.

De cette digression un peu rapide dans le domaine de l'anthropologie et de cette étude comparative des dents et des mâchoires dans les différentes races, il en résulte ce fait que les lésions et l'inflammation du périoste sont plus étroitement liées qu'on ne l'a voulu admettre jusqu'ici, aux dimensions respectives des dents et des mâchoires et à leur mode d'implantation. On a beau vouloir s'ingénier à trouver dans l'état général du sujet, une cause de périostite alvéolo-dentaire inexpliquée ; la loi physiologique est là ; il est clairement démontré par les diverses observations rapportées dans cette thèse, que les dents solidaires les unes des autres sont susceptibles de déplacement, sinon en totalité, du moins en grande partie et qu'un agent quelconque, exerçant une compression en n'importe quel point de la série dentaire, cette compression est transmise à toutes les dents voisines de part et d'autre, en subissant au niveau de chaque paroi inter-alvéolaire, une certaine déperdition qui a pour résultat de diminuer l'intensité de la force transmise par l'agent compresseur.

En supposant que ce soit la dent de sagesse elle-même qui détermine une compression, ce qui arrive le plus souvent, elle aura pour résultat, d'appuyer d'une part, contre la base de l'apophyse coronoïde, et d'autre part, de refouler d'arrière en avant, toute la série des dents précédentes, très-fortement pour la dent la plus voisine, faiblement pour une autre plus-éloignée. Dans ces cas, le périoste, membrane essentiellement vasculaire, est affecté : comprimé à son tour au niveau des collets et des racines, il s'enflamme, s'use et disparaît avec la paroi alvéolaire osseuse, tandis que la racine de la dent, plus dure que le tissu osseux, résiste. Notons que ces phénomènes revêtent une marche plutôt chronique qu'aiguë, et qu'ils ne se rencontrent que chez le personnes qui ont toutes leurs dents et les ont très-serrées.

MM. Harris, Austen et Andrieu (1), ne pouvant attribuer à une cause diathésique quelconque, soit diabète, scorbut, albuminurie, goutte, etc, l'existence de cette périostite alvéolo-dentaire, caractérisée par l'épaississement et l'usure du périoste, avaient été tentés de l'attribuer à l'irritation produite par la pression des dents contre les cloisons inter-alvéolaires. Ils avaient été amenés à penser que les dents peuvent agir comme des irritants mécaniques envers les parties d'une plus grande vitalité avec lesquelles elles sont en rapport immédiat, et qu'elles causent une augmentation de vascularité dans le pé-

(1) Traité de l'art du dentiste.

rioste des bords minces des alvéoles et du rebord gingival. Cet état anormal s'accompagnerait d'une légère sécrétion de pus qui se montrerait entre les dents et le bord des gencives. C'est à l'action corrosive de ce pus, que ces auteurs auraient attribué la destruction progressive des alvéoles.

Voici ce que dit Fox : « La cause de cette affection n'a jamais été bien élucidée : dans tous les cas où elle a été rencontrée, chez des personnes adultes, ou des vieillards, les dents indiquaient une excellente constitution générale.

Les dents sont parfaitement saines et après de nombreuses observations, je crois pouvoir affirmer que les personnes, dont plusieurs dents ont été atteintes de carie dans les premières phases de la vie, ne sont pas sujettes à perdre, par une résorption de leurs alvéoles celles qui restent saines ; mais quand ces dents n'ont pas été affectées de carie pendant les premières années de la vie, elles s'ébranlent par la destruction ou la résorption de leurs alvéoles. »

Une autre preuve non moins indiscutable en faveur de la compression comme agent mécanique. pouvant déterminer la périostite au delà du point où agit la compression, c'est que dans l'opération du redressement des dents et dans le cours du traitement de certaines anomalies de direction, les appareils employés pour obtenir le déplacement de la dent et sa mise en place normale, les pressions violentes et continues sur les dents voisines provoquent

une périostite qui s'étend parfois à tout un côté de la mâchoire.

Enfin, comment pourrait-én expliquer autrement que par un mode de compression mécanique, surtout quand l'organisme est indemne de toute affection diathésique, ce fait de déchaussement habituel des dents et de périostites répétées chez les individus qui ont l'atrésie des mâchoires, ou les dents mal implantées et chevauchant les unes sur les autres. Les arcades dentaires, très-souvent irrégulières, n'offrent pas la forme ellipsoïde physiologique. Ce phénomène est surtout fréquent chez les idiots. Les auteurs qui se sont occupés de maladies mentales ont été frappés de ces irrégularités dans la forme des mâchoires qui, parfois, semblent composées de lignes droites, une antérieure, deux latérales, et où les dents sont le plus irrégulièrement implantées, et affectent des directions anormales. Les incisives inférieures sont allongées, la plupart du temps déchaussées. Les gencives offrent une vascularisation plus ou moins abondantes ; elles sont rouges, bleuâtres, avec une liseré foncé.

La gingivite a son siége d'élection et sa plus forte intensité au niveau des incisives inférieures qu'elle déchausse.

Esquiros mentionne cette particularité dans son traité des maladies mentales, et rapporte plusieurs observations où est signalée cette coexistence de gingivite fongueuse avec une implantation vicieuse des dents.

Au moment de mettre sous presse, nous trouvons dans le *Bulletin de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, le résumé analytique d'un travail assez étendu sur la *stomatite ulcéreuse des soldats*, étudiée principalement au point de vue étiologique des épidémies de cette affection, rapporté par M. le docteur J.-C. Catelan, médecin de la marine.

Pendant les années 1874-75, embarqué à bord du vaisseau *l'Alexandre*, M. Catelan a eu à traiter un nombre considérable des stomatites ulcéreuses.

Il a observé que l'affection se montrait de préférence chez les plus forts, les plus robustes, les plus jeunes des apprentis canonniers et timonniers. On comprend qu'il ne s'agisse pas, en pareil cas, de causes diathésiques et surtout du scorbut, le plus fréquent, puisque, dans un voyage de circumnavigation autour du monde, la stomatite et le scorbut ayant régné presque simultanément sur l'équipage de *la Néréide*, le médecin-major de ce navire ne s'est point mépris sur la distance qui sépare ces deux affections et eût pu trancher, la preuve sous les yeux, la question de leur identité, admise encore par quelques auteurs.

L'habitat n'est pour rien non plus dans le développement de cette affection, malgré le caractère épidémique que se plaît à lui reconnaître M. le docteur Catelan. Au port de Toulon, dans les archives du Conseil de santé, il a pu relever quelques statistiques qui montrent cette stomatite dans les bâtiments de guerre, non-seulement sur les côtes de

France, mais à peu près dans toutes les mers visitées par notre pavillon : Méditerranée, Atlantique, Pacifique, mers de Chine et du Japon. N'est-on pas disposé à admettre, malgré le caractère d'épidémicité invoqué par M. Catelan, que ne peut justifier la notion de géographie médicale, que l'origine de cette maladie est inhérente à l'état anatomo-physiologique des mâchoires chez les jeunes gens.

C'est surtout à bord des navires d'instruction que la maladie se montre, chez les jeunes recrues, dans les cinq à vingt premiers mois de service fait en complet accord avec ce qui se passe dans l'armée sur des apprentis canonniers, timonniers gabiers de l'âge moyen de 20 à 22 ans.

« *L'Implacable*, dit M. Catelan, armé par des vétérans, n'a jamais eu un seul cas de stomatite. »

Toutefois, et c'est bien là la preuve de la cause anatomique sur laquelle s'appuie cette thèse, un second-maître, âgé de 33 ans, et, malgré son âge, en pleine évolution d'une dent de sagesse inférieure, fut atteint de stomatite.

Selon M. Catelan, « cette stomatite ulcéreuse est une affection locale, une maladie d'évolution, liée et subordonnée, chez les soldats de terre et de mer, au travail actif provoqué par les poussées évolutives, suivies ou non d'éruption des dents de sagesse, maladie que la durée des symptômes, leur siége, leur enchaînement, leur caractère habituel d'unilatéralité semblent devoir faire rapporter à une névrite périphérique, ou tout au moins à une irrita-

tion par compression, soit des filets nerveux terminaux de la gencive ou du maxillaire, soit du pédicule vasculo-nerveux qui pénètre la dent par sa racine. » L'anatomie pathologique n'a pas encore donné la consécration à cette doctrine.

Et maintenant, devant ces faits d'observation exacte, scrupuleuse, faite par des hommes éclairés, que répondront les partisans des causes purement diathésiques, quand le scorbut, la plus fréquente des diathèses en pareil cas, est éliminé.

Ajoutons pour terminer, que d'après l'examen minutieux de M. Catelan, l'encombrement n'est pour rien dans l'extension et l'apparition de cette maladie, puisqu'elle se développe à bord des navires d'instruction les mieux aménagés les moins encombrés. M. Catelan le prouve par des faits indiscutables. Il admet toutefois que l'alimentation joue un rôle plus sérieux comme adjuvant, soit en favorile travail de dentition en avançant le cours de l'évolution définitive, soit en l'entraînant de façon ou d'autre.

Est-ce dans des influences d'ordre atmosphérique, comme il le croit, n'est-ce pas plutôt dans une cause d'ordre anatomique, qu'il faut rechercher la cause déterminante de cette maladie? L'avenir et des observations ultérieures approfondies nous l'apprendront.

CONCLUSIONS ET THÉRAPEUTIQUE RATIONNELLE.

En résumé, de l'exposé de tous ces faits empruntés à la clinique et à l'anthropologie, découle la réponse aux questions que nous nous sommes posées au début de ce travail.

1° Pourquoi, de 18 à 30 ans, à l'époque de l'évolution des dents de sagesse, certaines personnes ontelles une ostéo-périostite alvéolo-dentaire ?

C'est ici qu'il faut faire intervenir l'étude des maxillaire et surtout des maxillaires inférieurs. Il y a des mâchoires trop courtes pour soutenir 16 dents normales et parfaitements développées. L'éruption et le développement des dents sur une mâchoire petite, ou insuffisante pour le volume des dents, entraîne fatalement une pression des dents les unes contre les autres; les racines qui continuent à se développer après l'éruption de la couronne sont de plus comprimées dans l'alvéole, et comme la racine d'une dent est plus dure que le tissu osseux de l'alvéole, c'est l'alvéole qui souffre le plus de la pression. Le périoste se détruit, la dent est déchaussée, la mastication achève l'œuvre de l'ébranlement. Le

mal débute par un gonflement des gencives qui saignent au moindre contact.

2° Pourquoi cette ostéo-périostite alvéolo-dentaire existe-t-elle le plus souvent à la mâchoire inférieure et débute-t-elle au niveau des incisives et des petites molaires.

C'est la disposition anatomique de la mâchoire qui donne l'explication de ce phénomène. La mâchoire inférieure forme un angle plus ou moins ouvert suivant les races et suivant les individus de même race, au lieu même où doit pousser la dent de sagesse. On comprend parfaitement qu'en vertu de cette disposition, il puisse y avoir un espace insuffisant entre la base de l'apophyse coronoïde et la deuxième molaire. et qu'alors cette évolution s'accompagne d'accidents locaux plus ou moins graves. C'est alors que pour se faire place, elle comprime en avant toute la série des dents, et en arrière, la branche montante du maxillaire.

Dans le premier cas, tous les alvéoles sont comprimés un à un, par la racine des dents. La compression des os cause leur nécrose, leur usure et leur résorption, témoin l'usure des côtes, du sternum et des vertèbres par une tumeur anévrysmale, et ce sont les alvéoles des dents poussées les premières, c'est-à-dire des incisives qui reçoivent les effets les plus puissants de la pression, comme la pression sur une tige courbe, comprimée à ses extrémités, produit le maximum de compression à sa courbure.

Dans le deuxième cas, il y a nécrose plus ou moins étendue de toute la branche montante du maxillaire ou de l'angle de la mâchoire.

A la mâchoire supérieure, l'éruption difficile des dents de sagesse ne cause pas de nécrose; mais elle serre les dents antérieures. Du reste, les dents de la mâchoire supérieure, en général, sont moins serrées; les incisives de ces mâchoires sont toujours plus belles, et n'est-on pas autorisé à penser que si elles sont plus belles, c'est qu'elles ont plus de place pour se développer normalement.

Enfin, cette maladie n'existe, à son plus haut degré, que chez les personnes qui ont toutes leurs dents parfaitements saines et non cariées. Cela se conçoit facilement : attendu qu'une solution de continuité sur l'arcade dentaire déterminée par la chute d'une dent, permet aux dents de se déplacer et de se déserrer et arrête ainsi du même coup la compression. Le périoste et l'alvéole ne sont plus soumis à un choc incessant. Les dents de la première dentition qui n'occupent jamais la totalité des mâchoires, ne se déchaussent pas comme les dents de la seconde. Les enfants ont des ulcérations des gencives, des aphthes, qui sont purement symptomatiques d'un état de cachexie et de débilitation.

Ainsi donc, la chute prématurée des dents peut être considérée comme un accident certain de la dent de sagesse chez les sujets qui ont leurs autres deuts saines et une mâchoire relativement petite.

Que faire contre un mal pour ainsi dire de cause

physiologique et anatomique. Laissons à ce sujet, parler M. Després lui-même.

« Il n'y a pas de traitement curatif. Il y a un traitement préventif capable d'arrêter le mal, et c'est la seule manière de le guérir.

« Faire de la place aux dents de sagesse. Il y a quatre dents à sacrifier : les premières ou deuxièmes petites molaires de chaque mâchoire. Appliqué à temps, ce traitement sauve les canines et les incisives et souvent il met les molaires à l'abri de la maladie.

« Un seul point important doit être élucidé : à quel moment faut-il arracher les dents saines pour laisser les autres se développer sans détruire les alvéoles qui les supportent ? Fauchard, qui avait arraché des dents déchaussées et douloureuses, avait fait un traitement logique, mais insuffisant. C'est sans doute la raison pour laquelle les chirurgiens et les dentistes ont déclaré le remède mauvais et inutile. Considérez, je vous prie, que Fauchard arrachait la dent trop tard ; il l'arrachait seulement quand elle était déchaussée. Quand une dent est déchaussée, son alvéole est détruit et il faut que le mal soit déjà très-ancien pour que les dents soient déchaussées. L'avulsion des dents, à ce moment, ne remédie qu'à une partie du mal. C'est quand la gingivite commence que l'avulsion des dents est utile : il faut enlever les quatre petites molaires ou les deux petites molaires inférieures seulement si la mâchoire supérieure est saine, juste au moment où les gencives commencent

à se tuméfier, c'est-à-dire dans les trois premiers mois après l'apparition du mal. A ce prix, vous guérissez vos malades. Je vais même plus loin. Au moment où apparaissent les douleurs étendues à toute la mâchoire inférieure pendant l'éruption des dents de sagesse, je conseille d'arracher une petite molaire de chaque côté. »

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et Histologie. — Structure et développement des os.

Physiologie. — Du sperme.

Physique. — Des leviers, application à la mécanique animale.

Chimie. — De l'isomorphisme, de l'isomérie et du polymorphisme.

Histoire naturelle. — Etude comparée du sang, du lait, de l'urine et de la bile dans la série animale, procédés suivis pour analyser ces liquides.

Pathologie externe. — Anatomie pathologique des anévrysmes.

Pathologie interne. — Des complications de la rougeole.

Pathologie générale. — Des kystes.

Médecine opératoire. — Des différents procédés de réduction des luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — Quelle est la composition des sucs des végétaux? Quels sont les procédés le plus souvent employés pour les extraire, les clarifier et les conserver? Qu'entend-on par sucs extractifs acides, sucrés, huileux, résineux ou laiteux? Quelles sont les formes sous lesquelles on les emploie en médecine?

Thérapeutique. — Des sources principales auxquelles se puisent les indications thérapeutiques.

Hygiène.— Du tempérament.

Médecine légale. — Exposer les différents modes d'extraction et de séparation des matières organiques pour la recherche des poisons.

Accouchements. — Du bassin à l'état osseux.

Permis d'imprimer :

Vu : le Président de la Thèse,
GOSSELIN.

Le Vice-recteur de l'Académie
A. MOURIER.